CONSIDÉRATIONS

N° 36.

GÉNÉRALES

SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES

DES MALADIES DU CŒUR ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 février 1820, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR ADOLPHE TOULMOUCHE, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure;

Bachelier ès-lettres.

Antequàm de remediis statuatur, primùm constare oportet quis morbus et quæ morbi causa : alioqui inutilis opera, inutile omne consilium.

BALLONIUS, lib. 1 Consil. medic. 14.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1820.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX, *Examinateur.*
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M. PELLETAN, *Examinateur.*
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN, *Président.*
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour filial et de reconnaissance.

A MON ONCLE

LEMERER,

Conseiller à la cour royale de Rennes.

A MON COUSIN

BERNARD,

Avocat.

A. TOULMOUCHE.

CONSIDÉRATIONS

GÉNÉRALES

SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES

DES MALADIES DU CŒUR.

APRÈS les affections des poumons, celles du cœur sont peut-être, ainsi que les lésions du cerveau, les causes les plus communes de mort.

« J'avoue, dit M. *Corvisart*, que les maladies organiques les « plus fréquentes, la phthisie pulmonaire exceptée, sont celles du « cœur. »

Cette proposition, qui, au premier coup-d'œil, semblerait un peu hasardée, cessera de paraître telle, si l'on fait attention à la multiplicité des causes maladives auxquelles cet organe est soumis pendant la durée de l'existence; ainsi les unes, purement physiques, telles que la course, les sauts, l'action de soulever des fardeaux, etc., surtout certaines professions, finissent, par leur continuité, par établir un défaut d'équilibre entre les forces du cœur et celles des autres organes; les autres, et ce sont peut-être les plus puissantes, morales, tantôt passagères, tantôt fixes et durables, comme le plaisir, la

peine, la frayeur, la colère, etc., affaiblissent, accélèrent ou ralentissent les contractions du même organe, suspendent son action momentanément; en un mot, changent sans cesse son mode relatif d'existence.

Personne n'ignore dans quelle dépendance immédiate et mutuelle se trouvent le cœur, les poumons et le cerveau. *Bichat*, dans ses belles recherches sur la vie et la mort, a, je crois, suffisamment démontré combien leur intégrité était indispensable à l'entretien des forces vitales. « La mort, qui succède aux diverses maladies, dit-il, « enchaîne ordinairement ses phénomènes, d'abord de l'un de ces « trois organes aux deux autres, et ensuite aux diverses parties. La « circulation, la respiration ou l'action cérébrale, cessent, les autres « fonctions s'interrompent après cela d'une manière nécessaire. » Qui, d'ailleurs, n'a souvent été à même d'observer combien les altérations de l'un propagent aisément un trouble sympathique aux fonctions des deux autres?

Mais les poumons surtout semblent être sous une dépendance plus intime du cœur, sans doute parce qu'intermédiaires à ses cavités à sang rouge et à sang noir, ils forment une espèce de centre commun où commence et finit le système artériel, où vient mourir, en quelque sorte, la première impulsion communiquée par les cavités droites, et où elle reçoit une nouvelle force de la contractilité même des vaisseaux capillaires.

Quoi qu'il en soit, l'union ou l'étroite sympathie de ces deux organes est clairement démontrée par ce qu'on observe dans l'état maladif. Ainsi, l'un des premiers effets de l'altération des forces du cœur est de produire un trouble remarquable dans l'acte de la respiration, et réciproquement; souvent, dans les lésions des poumons, il survient des palpitations, et même dilatation ou hypertrophie, si cet état continue.

Il semblerait, d'après la texture d'apparence musculaire et tendineuse du cœur, que ses lésions, de même que celles des autres muscles,

soit de la vie animale, soit de l'organique, ne devraient consister que dans un excès ou un défaut de nutrition ; cependant il en existe plusieurs autres qu'on n'a pas encore rencontrées dans la fibre musculaire ordinaire, et qui semblent établir une ligne de démarcation entre la nature primitive et les propriétés vitales de la chair de cet organe et celles des autres muscles.

Les maladies du cœur, quoique très-fréquentes, et depuis longtemps l'objet de recherches suivies, ont cependant jusqu'ici présenté les plus grandes difficultés sous le rapport de la juste appréciation de signes capables de les faire reconnaître; ce qu'on doit surtout attribuer à la position profonde du cœur, à l'espèce de parois osseuses contre lesquelles il vient battre sans cesse, à leur défaut d'immobilité, au bruit simultané de la respiration, et enfin à l'insuffisance des moyens d'exploration. J'aurai prouvé cette dernière assertion, si je parviens à démontrer que les *signes généraux* indiqués par les auteurs, et que même les diverses pratiques mises en usage jusqu'à l'époque de la découverte de l'auscultation médiate peuvent, dans beaucoup de cas, donner des résultats *équivoques*.

Ayant suivi les diverses expériences tentées par l'auteur de cette découverte, et été à même de juger du degré de certitude des signes qu'elles peuvent fournir, j'ai dû nécessairement chercher à les répéter dans les hôpitaux, et à m'assurer si réellement on en pouvait obtenir de nouveaux résultats pour le diagnostic. C'est d'après la conviction que j'en ai acquise que je me suis décidé à établir quelques rapprochemens entre les signes généraux des maladies du cœur et ceux qu'on peut obtenir par ce nouveau mode d'exploration.

La science du diagnostic a de tout temps été considérée comme la partie la plus délicate et la plus difficile de l'art de guérir. Nul doute que, dans un très-grand nombre de cas, l'impuissance des moyens thérapeutiques ne soit due à des méprises fréquentes, et que, si l'on apportait plus de soin à bien établir son diagnostic, on verrait peut-être plus souvent les maladies céder aux remèdes, parce qu'on com-

battrait le mal dès son origine, et non lorsque déjà ses ravages ont laissé des empreintes trop profondes.

Les reproches adressés à la médecine sur son incertitude et ses vacillations continuelles pourraient bien avoir pris leur source dans la manière différente de juger une maladie, et souvent dans le mode entièrement opposé de traitement qu'adoptent les médecins pour la même affection, parce que chacun la voit d'une manière différente, suivant qu'il croit reconnaître dans un ou plusieurs symptômes généraux des signes d'un genre de lésion dont il a fait l'objet exclusif de ses observations.

C'est aussi à l'insuffisance des symptômes d'un grand nombre de maladies, pour les faire reconnaître, à leur identité avec d'autres, à leurs anomalies, à la manière variée dont ils peuvent affecter les sens, à l'imperfection de ces derniers, ou, du moins, à leur mode variable de sensibilité, qu'on doit de ne pouvoir acquérir en médecine des signes aussi sûrs qu'en chirurgie; et cependant il est vrai de dire qu'un assez grand nombre de maladies internes sont aujourd'hui assez connues, et leurs signes assez certains pour qu'on puisse en établir aisément le diagnostic. Telles sont surtout les maladies des poumons, celles du cœur, celles de l'utérus, etc. Espérons que les expériences et les tentatives faites chaque jour amèneront les mêmes résultats pour une foule d'autres affections que leurs formes variées ou leur marche insidieuse semblent avoir soustraites jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

Les écrits des premiers médecins attestent encore l'extrême exactitude qu'ils mettaient à observer, à décrire les maladies, à en faire ressortir les signes *diagnostics* et les indications. C'est en suivant la même marche, et laissant de côté les idées systématiques, que ceux des modernes qui ont reculé les bornes de l'art ont conçu le germe des découvertes importantes qui les ont illustrés. Il ne faut pas croire que cette certitude de l'indication à remplir puisse s'acquérir dans les maladies, en se bornant à des signes vagues, et qu'on puisse sans elle recourir avantageusement, et surtout dès l'origine de la lésion,

aux moyens propres à la combattre. Il faut plus, nos efforts doivent tendre à surprendre, en quelque sorte, à la nature ce qu'elle veut nous cacher, ou, du moins, à diminuer les difficultés de scruter des parties profondément cachées.

Ceci est surtout applicable aux affections du cœur. « *Quàm dubia,* « *fallax, ac insignibus difficultatibus pressā sit harum affectionum* « *diagnosis, qui in celeberrimorum virorum famam, effata, atque* « *errores, in aneurysmatibus tractandis pro momento tantùm con-* « *templando versetur, quis non videt?* » (VERBRUGGE, *de Aneurysm.*, sect. 5; §. 17.) Il est en effet peu de maladies dont les signes généraux soient moins certains; ce qui dépend surtout, comme nous l'avons déjà dit, des phénomènes sympathiques nombreux qui peuvent s'y joindre, tant du côté du cerveau que des poumons. Ainsi, la dyspnée est un des signes les plus communs des maladies du cœur; les maux de tête en sont souvent un effet. Chez les sujets apoplectiques, ou qui y sont prédisposés, on observe de la faiblesse dans les contractions de cet organe; tandis que le pouls est fort et développé. Dans quelques palpitations, la respiration est courte et haletante, et *vice versâ*. Il n'est pas rare de voir des pleurésies ou des pneumonies occasionner de violentes palpitations. La seconde de ces affections, lorsqu'elle est latente, développe souvent chez les enfans tous les signes d'une maladie du cœur, quoiqu'à l'autopsie cet organe se présente avec toutes ses conditions naturelles.

Que l'on joigne à ces réflexions les vices de conformation que peut offrir le thorax, les causes mécaniques ou morales qui peuvent gêner ou déranger les mouvemens circulatoires, enfin le *facies* identique qu'imprime à l'habitude du corps une lésion du poumon assez fréquente, connue sous le nom d'*emphysème*, et l'on se rendra très-bien compte de l'obscurité et de la difficulté d'apprécier à leur juste valeur les signes extérieurs.

« Le commencement du plus grand nombre des maladies orga-
« niques du cœur, dit *M. Corvisart*, est le temps qui présente le
« plus d'incertitude dans les signes, et par conséquent le plus de

« difficultés et le plus d'obscurité. » Aussi, sont-elles le plus souvent méconnues à leur début, et ce n'est guère qu'à l'époque où l'altération organique commence à faire des progrès qu'on peut les soupçonner. En effet, comment les reconnaître dans leur premier période? Si l'on s'en tient aux signes généraux, il n'y a ordinairement que de la gêne dans la respiration, une toux sèche, que le malade attribue à ce qu'il est enrhumé; le pouls est à peu près dans l'état naturel, l'appétit se conserve ou est augmenté, la susceptibilité morale est ordinairement accrue, la région du cœur résonne à peu près comme dans l'état naturel, les battemens n'y sont pas beaucoup plus forts; et si par hasard quelque autre point de la poitrine rend un son un peu plus mat, le médecin sera très-porté à ne regarder tous ces symptômes que comme dépendans d'une lésion des organes de la respiration.

Cependant ici, plus que dans toute autre maladie, il importe de combattre le mal dès son origine, en recourant à une médecine éminemment active.

Quoiqu'en général le prognostic des affections organiques du cœur soit presque toujours fâcheux, parce que, comme le dit *M. Corvisart*, « déjà dans la seconde période le mal a jeté des racines trop « profondes, déjà la médecine ne peut qu'essayer d'empêcher, ou, « pour mieux dire, retarder les progrès ultérieurs de l'affection, « adoucir les symptômes qui l'accompagnent, et remédier, autant « que possible, aux dérangemens qu'elle entraîne. » On peut croire néanmoins que la plupart de ces maladies céderaient aux soins médicinaux, si les premiers symptômes n'étaient pas insuffisans pour les faire reconnaître : l'examen successif de leurs signes diagnostiques prouvera suffisamment cette assertion.

L'observation place au premier rang des maladies du cœur, à cause de leur fréquence et de leur gravité, la dilatation des ventricules, l'épaississement de leurs parois, et la réunion de ces deux affections au dernier, la persistance du trou de botal, la perforation de la cloison des ventricules, l'ossification des valvules sigmoïdes de l'aorte,

celle de la valvule mitrale, les excroissances et les productions de diverse nature qui peuvent se développer dans le cœur, toutes affections qui rentrent dans celles de la première classe, puisqu'elles ne troublent la santé que lorsqu'elles sont parvenues au point de déterminer l'hypertrophie ou la dilatation.

Les signes généraux qui ont été indiqués comme propres à faire reconnaître ces maladies sont presque les mêmes pour toutes, ou ils sont *très-variables*, *équivoques*, et *communs*, pour la plupart, à diverses autres ; ce dont on pourra se convaincre en examinant d'abord séparément chacun d'eux, ensuite en les considérant dans leur ensemble.

D'abord *l'état de la respiration*, qui est habituellement courte et gênée, peut dépendre d'une foule de causes étrangères à une affection du cœur ; et comme, le plus souvent, il s'y joint de la dyspnée et de l'oppression, et que presque toujours, par une suite de la prédisposition acquise à contracter facilement des rhumes, les malades toussent plus ou moins, ces derniers seront très-portés à n'attribuer ces symptômes qu'à cette cause ; et le médecin lui-même tombera inévitablement dans la même erreur, surtout s'il a existé antécédemment quelque pneumonie ou pleurésie capable de rendre compte de cette gêne de la respiration, et si la poitrine résonne inégalement dans des points autres que la région du cœur.

D'ailleurs, dans l'angine de poitrine, qui s'accompagne le plus ordinairement d'un sentiment d'étouffement, de constriction ou de pression à la région précordiale,et d'engourdissement dans le bras gauche ; dans quelques autres affections nerveuses, telles que l'hypochondrie, l'hystérie, la dyspnée n'est-elle pas souvent très-grande, sans que cependant le cœur éprouve la moindre lésion ?

Une inflammation du péritoine, la douleur, la distention de la vessie, l'accumulation de matières stercorales dans les intestins, la déviation de la colonne épinière, un embonpoint excessif, et enfin l'impression résultant de la présence du médecin, ne peuvent-ils pas encore troubler d'une manière notable les mouvemens respiratoires?

Mais une affection qui, plus que toute autre, pourrait, par la similitude de ses symptômes et par le trouble qu'elle produit dans la respiration, faire attribuer l'étouffement et l'oppression à une maladie du cœur, est l'emphysème des poumons. Certes, alors il serait, comme je le prouverai bientôt, impossible de distinguer ces deux lésions l'une de l'autre, en ne s'en tenant qu'aux signes généraux.

Les *palpitations*, qui, comme l'on sait, consistent en un battement du cœur sensible et incommode pour le malade, et plus fréquent que dans l'état naturel, en même temps qu'il est quelquefois inégal sous le rapport de la fréquence et de son développement, peuvent, de même que la dyspnée, dépendre d'une foule de causes, et présenter plusieurs variétés. « *Nam sive ea cordis incommoda* (*palpitatio* « *et dolor*) *causas habent procul à corde*, *sive in ipso*, *aut prope* « *ipsum.* » (*Morgagni*, epist. XXIII.)

Ainsi, chez un homme sain, il suffit qu'il vienne de courir, ou de se livrer à tout autre exercice capable d'essouffler, ou enfin qu'il vienne d'éprouver quelque affection morale, pour que les battemens du cœur augmentent de fréquence et de force.

Il n'est pas rare de voir des pleurésies ou des pneumonies faire naître des palpitations. Chez les femmes hystériques n'en observe-t-on pas également, sans que pour cela il y ait de maladie du cœur? Chez les enfans, ne voit-on pas l'imperméabilité d'une portion du tissu pulmonaire donner lieu au développement de la fréquence et de la force des battemens de cet organe, quoiqu'il soit dans son état naturel?

En outre, plusieurs affections du bas-ventre, ainsi que certaines lésions du cerveau, peuvent occasionner les mêmes phénomènes.

« L'action des nerfs, dit *Senac*, déguise surtout les maladies du « cœur; car, quoiqu'il n'y ait aucun vice dans cet organe, dans les « poumons, dans les vaisseaux, les palpitations sont quelque- « fois très-violentes, les contractions de cet organe sont irrégulières.» (Page 321).

Si cette liaison du cerveau et des poumons, et les rapports sym-

pathiques qui les unissent au cœur étaient insuffisans pour faire regarder comme très-douteux le signe dont il s'agit, il suffirait de faire remarquer que, dans beaucoup de cas, les palpitations ne consistent que dans une simple augmentation de fréquence des battemens du cœur, sans que leur force soit plus grande que dans l'état naturel, et qu'alors la main, appliquée à la région précordiale, ne sent absolument rien, malgré que le malade, d'après la sensation qu'il éprouve, affirme que son cœur bat beaucoup plus fort qu'à l'ordinaire. Or, cette espèce de palpitation a surtout lieu chez les personnes atteintes de dilatation des ventricules. L'application de la main est donc insuffisante dans le plus grand nombre des cas; l'oreille appliquée immédiatement ne donnerait pas de résultats plus avantageux, comme je le ferai voir plus bas.

L'auscultation médiate pourrait seule faire distinguer la cause réelle des palpitations.

Les *étouffemens*, malgré qu'ils ne surviennent guère qu'à l'occasion d'une marche un peu accélérée, d'un exercice fatigant ou de l'action de monter, surtout lorsque la maladie est peu ancienne, sont un des symptômes les moins constans. Un grand nombre de malades arrivent à la seconde période sans les avoir jamais éprouvés, ne s'étant plaints que d'une dyspnée et d'une oppression habituelles, qu'ils qualifiaient du nom d'*asthme*.

Cependant, comme ce signe se retrouve dans plusieurs autres affections de poitrine, telles que dans l'œdème des poumons, où il survient ordinairement une gêne assez marquée dans la respiration, et dans les derniers temps de la maladie, une oppression extrême et une suffocation imminente; comme il a également lieu dans l'emphysème du poumon, qui détermine à la longue un certain degré d'hypertrophie ou de dilatation du cœur, et que dans cette maladie l'étouffement devient également plus considérable par le travail de la digestion, par les exercices un peu pénibles, il est impossible que ce signe, comme la dyspnée, ne soit pas très-incertain.

« Dans les affections hystériques, dit *Sénac*, dans les pâles cou-

« leurs ; l'oppression est fréquente, le moindre mouvement la re-
« nouvelle ou l'augmente ; les vaisseaux du col s'enflent et battent
« vivement. Les accidens des hypochondriaques ne jettent pas moins
« d'équivoque sur les maladies du cœur, étouffemens, syncopes,
« tout semble prendre quelquefois dans cette maladie l'apparence
« trompeuse de celles du cœur. »

J'omets de parler de l'influence des causes morales sur la production de ces étouffemens.

Sommeil. Suivant tous les auteurs, le sommeil est fréquemment interrompu par des réveils en sursaut, ou agité par des rêves effrayans ; cependant ces symptômes ne surviennent qu'à une époque déjà avancée de la maladie. Je connais une dame chez laquelle des chagrins concentrés et fréquemment renouvelés ont produit une hypertrophie du ventricule droit, accompagnée de dilatation, et qui n'éprouve qu'une légère agitation pendant le sommeil, et nuls réveils en sursaut ; elle conserve également une position à peu près horizontale, sans être pour cela plus menacée de suffocation ; cependant chez elle la maladie organique est parvenue au moins à la seconde période.

Dans l'hydrothorax, le sommeil est également interrompu par des soubresauts ou des rêves effrayans.

Tendance à la leucophlegmasie. Ce symptôme ne se remarque guère que lorsque déjà l'affection a acquis un certain degré d'intensité. L'œdème se manifeste d'abord autour des malléoles, à la totalité des membres abdominaux, au scrotum ou à la vulve, puis aux tégumens du tronc ; enfin l'infiltration finit par gagner les bras et la face : le plus souvent cependant elle n'est pas générale.

C'est donc vers la seconde période des maladies du cœur, plus tôt ou plus tard, que survient cette augmentation dans l'exhalation, tandis que l'absorption diminue ; ce qui n'a pas lieu uniquement pour le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore pour les mem-

branes séreuses ; car très-fréquemment il existe en même temps ascite, hydrothorax ou hydropéricarde.

Ce symptôme, de même que les précédens, est commun à plusieurs autres affections ; ainsi, dans l'œdème du poumon, il se manifeste dès les premiers temps de la maladie, tant aux extrémités supérieures qu'aux inférieures, et dans les derniers au tronc lui-même. Quelquefois il survient également une ascite ou un hydrothorax. *Simson* cite même l'enflure du visage et des malléoles comme un signe assez certain de l'œdème des poumons.

La même infiltration se remarque assez souvent dans leur emphysème ; elle a alors son siége autour des malléoles, et existe d'une manière bien plus marquée dans les derniers temps de la maladie. Elle a lieu également dans l'ascite, et alors on peut d'autant mieux l'attribuer à une lésion du cœur, que souvent le rhythme de ses battemens éprouve quelques modifications par suite du refoulement du diaphragme et de la gêne habituelle de la respiration qui en résulte.

Décubitus. La position que prennent les personnes ayant une lésion du cœur est assez variable, et, en général, ce qu'en ont dit tous les auteurs ne peut s'appliquer qu'à un état déjà avancé de la maladie. Ce n'est qu'alors, en effet, qu'il devient impossible aux malades de conserver une situation horizontale, qu'on les trouve jour et nuit plutôt assis dans leur lit que couchés, la tête penchée sur la poitrine ou exhaussée par un grand nombre d'oreillers. Dans les commencemens, ils gardent plus volontiers l'attitude qui leur était habituelle ; ou celle qui, dans les palpitations assez fréquentes qu'ils éprouvent, peut leur rendre moins incommode pour l'oreille le retentissement des battemens du cœur.

Ce décubitus que prennent les malades, outre qu'il peut être modifié ou même empêché par la coexistence d'une complication de quelque lésion de l'un des organes pulmonaires, est encore assez commun aux sujets atteints seulement d'œdème du poumon, puisque

chez eux la difficulté de respirer devient tellement grande, qu'ils ne peuvent plus garder la position horizontale, et que celle assise est la seule dans laquelle ils ne soient pas menacés de suffocation; à ceux attaqués de catarrhe sec ou d'emphysème du même organe; enfin à ceux affectés de catarrhe suffocant, lesquels sont tantôt assis, tantôt couchés sur l'un ou l'autre côté.

Morgagni rapporte l'histoire d'un homme qui respirait difficilement, et dans une attitude telle, que sa tête paraissait alors reposer entre ses genoux, et chez lequel, à l'autopsie, le cœur fut trouvé petit et sans aucune trace d'anévrisme. Il est vrai que les autres signes avaient manqué.

Le décubitus n'est pas un signe moins trompeur pour les maladies des autres organes. Ainsi, dans les cancers du foie, les malades restent presque toujours couchés sur le côté droit: on peut alors d'autant plus facilement se méprendre sur le siége de la maladie, que le plus souvent la respiration est plus ou moins gênée, et que l'infiltration qui survient rend le son du thorax assez mat.

Teinte particulière de la peau. Elle dépend entièrement du trouble survenu dans la circulation capillaire. Elle consiste dans une nuance violette plus ou moins foncée, qui se manifeste le plus souvent à la face, et qui tantôt est diffuse, tantôt bornée aux pommettes. Les lèvres, gonflées et proéminentes à la manière de celles des nègres, présentent cette lividité d'une manière bien plus marquée encore. Assez ordinairement les conjonctives, quoique assez brillantes, ont leur système capillaire plus ou moins injecté. Il ne faut pas croire que cette teinte soit constante dans les premiers temps de la maladie; le plus souvent il n'existe qu'une sorte de pâleur cachectique, et même quelquefois les malades arrivent à une période assez avancée sans qu'on ait observé autre chose qu'un aspect terreux de la peau.

Il faut rapporter à la même stase sanguine, dans les organes internes, les hémoptysies, les douleurs à la région du foie, celles de l'estomac, les vomissemens que l'on remarque dans quelques

cas de maladie du cœur, et l'apoplexie, qui les termine assez souvent.

D'après ce qui vient d'être dit, il semblerait que ce signe serait d'une grande importance; cependant il est commun à plusieurs autres affections, telles que l'hydrothorax, l'œdème du poumon, arrivé à une périodé avancée, et principalement à l'emphysème pulmonaire, dans lequel la face prend une teinte violacée, surtout les lèvres, qui sont souvent aussi comme bouffies, en même temps que les conjonctives sont fortement injectées.

Pouls. Le pouls, examiné seul, ne peut donner l'idée de la circulation en général, et encore moins faire connaître la manière dont elle a lieu dans le cœur, puisqu'il ne correspond qu'à la contraction du ventricule gauche, et non à celle du droit et des oreillettes.

Malgré la dépendance nécessaire et l'espèce de *consensus* qui existe entre les divers systèmes d'organes qui constituent la circulation, malgré l'opinion de physiologistes célèbres (*Bichat*, Anat., génér.), et du plus grand nombre des médecins, qui regardent les mouvemens artériels comme entièrement soumis à ceux du cœur, on peut avancer avec certitude que dans une foule de cas ils ne sont plus en harmonie avec eux. L'usage comparatif du cylindre le prouve assez : ainsi il est des hommes qui ont le pouls très-fort, et les contractions du cœur médiocrement énergiques; ce sont ceux qui sont prédisposés à l'apoplexie. Il en est d'autres qui, au contraire, l'ont très-faible, et dont les battemens du cœur sont très-forts.

Si l'on a égard aux divers états pathologiques, les preuves deviendront plus nombreuses. Ainsi, dans les maladies du cœur, souvent le pouls est faible, quelquefois même presque insensible, quoique les contractions du même organe, et surtout celles du ventricule gauche, soient beaucoup plus fortes que dans l'état naturel. M. *Laennec* a vu, dans la péripneumonie et la pleurésie, l'absence de la fièvre et un pouls tout-à-fait naturel, coïncider souvent avec une lésion grave, étendue, et au-dessus de toutes les ressources de la nature et de l'art.

Dans l'apoplexie, le cœur ne donne presque plus d'impulsion que le pouls est encore très-fort. Il est peut-être aussi commun de trouver ce dernier faible, chez des sujets attaqués d'hypertrophie au plus haut degré. Enfin, le pouls vibrant, que M. *Corvisart* a indiqué comme propre à l'anévrisme actif, présente la même sorte de vibration et la même fréquence dans l'hémoptysie; or, comme assez fréquemment, dans les maladies du cœur, il survient un crachement de sang par suite de l'engorgement sanguin des poumons, on conçoit de quelle valeur peut être alors l'examen du pouls.

Enfin, s'il était permis de raisonner par analogie, puisqu'on admet bien dans le système capillaire artériel une action, un mode de vitalité, particuliers et indépendans de ceux des grandes artères, pourquoi répugnerait-il de croire à une existence séparée de celles-ci, susceptible de devenir plus sensible et plus isolée dans certains états maladifs, et chez quelques individus, d'autant mieux que les vaisseaux capillaires ne semblent différer des artères d'un certain diamètre que par un calibre beaucoup moindre, et peut-être une épaisseur relative plus grande des parois, et non par une structure différente?

La diminution toujours croissante de ces tubes capillaires nous dérobe seule les moyens de pouvoir suivre, par la dissection, la texture de leurs parois. De même que les grosses bronches divisées en rameaux, ramuscules, et enfin en ramifications, semblent, dans celles-ci, ne plus rien avoir de leur structure première que leur continuité, quoique tout porte à croire que les rudimens primitifs du même tissu y existent, puisqu'on les voit se développer d'une manière insensible, et dans des proportions toujours croissantes, à mesure qu'ils se rapprochent des premiers rameaux.

Au surplus, dès avant la découverte de l'auscultation médiate, j'avais été frappé de l'insuffisance de la simple exploration du pouls de la manière différente dont chaque médecin en envisageait l'état, et de l'opposition continuelle qu'il en naissait pour la prescription des moyens thérapeutiques. J'avais également remarqué, en suivant les

diverses cliniques, que de plusieurs élèves qui touchaient le même pouls, à peine en était-il deux qui y trouvaient les mêmes caractères. Je ne savais à quoi attribuer cette diversité d'opinion sur la pulsation artérielle.

« A moins d'un tact particulier que peut seule donner la grande « habitude d'observer, je crois, dit M. *Laennec*, que les signes que « l'on peut retirer de l'exploration du pouls sont extrêmement « incertains dans un grand nombre de maladies, et nuls dans toutes « celles qui ne sont accompagnées d'aucun mouvement fébrile, et « que le cylindre donne à cet égard des règles beaucoup plus sûres. »

Cependant on peut avancer, en thèse générale, que le pouls, dans les inflammations, est le plus souvent fréquent et plein; qu'assez ordinairement il est rare dans les affections cérébrales, mou et plein dans les maladies des organes respiratoires, et petit et serré dans celles de l'abdomen.

Toux. Elle s'observe assez souvent dans la première période; elle est alors sèche, ou avec expectoration d'un mucus visqueux, rarement mêlé de stries sanguinolentes.

Mais ce symptôme ne peut nullement éclairer le diagnostic; car il est impossible de distinguer dans cette toux pectorale des caractères qui puissent en assigner la cause.

Percussion du thorax. On ne peut mettre en doute que souvent elle ne soit très-infidèle, tant à cause de la variété d'épaisseur des parois thoraciques et de la manière dont elle est pratiquée, qu'à cause de l'impossibilité de pouvoir l'exercer dans un assez grand nombre de cas, et de l'incertitude de ses résultats, lorsque la poitrine est déformée par l'effet du rachitis ou de toute autre cause.

Mais c'est surtout dans les maladies du cœur qu'on est à même de reconnaître souvent l'insuffisance de ce mode d'exploration; 1.° parce que leurs symptômes généraux sont communs à beaucoup d'autres affections organiques ou nerveuses; 2.° parce que la percussion ne les

fait reconnaître que lorsque déjà le cœur est devenu très-volumineux; et, comme l'on sait, la mort arrive bien plus souvent avant que la maladie soit parvenue à ce degré.

Ce n'est guère que dans la dilatation avec hypertrophie des ventricules que l'absence du son à la région précordiale se remarque le plus souvent, et dans une plus grande étendue; d'ailleurs, il est assez commun de rencontrer des sujets chez lesquels le bord antérieur du poumon gauche se porte au-devant du péricarde, dont il recouvre presqu'en entier la face antérieure. Daus ce cas, la poitrine résonne tout aussi bien dans la région du cœur que dans tout autre point du thorax, lors même que cet organe aurait acquis un volume double de l'état naturel.

Les preuves de la nullité de la percussion se multiplient bien davantage dans les diverses affections des poumons, qui peuvent compliquer les maladies du cœur. Ainsi, dans le cas d'une pneumonie latente du côté gauche, qu'il existe hypertrophie ou dilatation, le son mat obtenu dans les points qui répondent au cœur ne sera pas borné à cette région; et alors, comment savoir s'il est dû plutôt à une lésion de ce dernier organe que du poumon. Dans le cas d'endurcissement du tissu pulmonaire par la matière tuberculeuse, il ne sera guère possible, malgré que les parties supérieures en soient plus fréquemment le siége, de trouver de différence sensible à la région du cœur.

Qu'il existe de l'œdème dans le poumon du côté gauche, un épanchement pleurétique, un hydrothorax, ou enfin des fausses membranes épaisses et anciennes, la percussion ne sera plus d'aucune utilité. Il en serait de même dans le cas d'un rétrécissement de la poitrine par suite d'une pleuro-pneumonie.

Enfin, j'observerai que chez les enfans, malgré qu'on exerce doucement la percussion, ils ne peuvent, le plus souvent, la supporter sans pousser des cris, qui empêchent d'en apprécier les résultats; et que chez les femmes le volume des mamelles s'oppose à l'emploi de ce moyen.

Cependant mon intention ici n'est point de vouloir rejeter l'utilité de la percussion; tous les jours l'on est à même dans les hôpitaux de confirmer, par l'autopsie, l'exactitude des signes qu'elle peut fournir dans un grand nombre de maladies des poumons. Seulement j'ai dû indiquer sa nullité dans le commencement de toutes celles du cœur, et les cas dans lesquels son emploi ne pouvait en éclaircir le diagnostic. (M. *Laënnec*, Auscult. médiate.)

Enfin, en terminant cet article, je crois devoir citer les propres expressions de M. *Corvisart* : « Dans le troisième degré des anévrismes, « dit-il, les tégumens de la poitrine, par leur épaississement et leur « infiltration, rendent la percussion du thorax difficile à pratiquer, « et le plus souvent ses résultats sont obscurs. »

Apposition de la main. L'application de la main sur la région du cœur, bien qu'au premier abord elle parût en devoir faire reconnaître les lésions, peut tout au plus les faire soupçonner, et encore à une époque assez avancée de la maladie, mais nullement en indiquer la nature; souvent même elle est plus propre à inspirer une trompeuse sécurité, ou des craintes mal fondées, qu'à donner quelques lumières. (Auscult. médiate.)

En outre, 1.° l'embonpoint ou l'infitration des tégumens, doivent très-souvent rendre extrêmement obscurs, ou même tout-à-fait imperceptibles pour la main les battemens du cœur.

2.° Avec ce mode d'exploration, on peut tout au plus obtenir quelques indices de l'étendue de la force et du rhythme des battemens de cet organe.

3.° Enfin la main, appliquée sur la région précordiale, ne fait jamais connaître que les contractions du ventricule gauche; ou, en supposant qu'elle puisse également percevoir celles du droit, la sensation qui résulte du choc est trop simple pour qu'on puisse apprécier la différence.

M. *Corvisart*, en parlant de la dilatation du ventricule gauche, dit « que la main sent un corps mou qui vient soulever les côtes, et

« non les frapper d'un coup vif et sec. » Mais d'abord ce signe n'est pas constant; ensuite, dans la plupart des cas, il ne pourrait indiquer l'étendue de la lésion, ni même sa nature.

Il en est de même de ce signe pour les maladies du ventricule droit. Suivant le même auteur, « les battemens du cœur, qui se manifestent plus sensiblement du côté droit de la poitrine, pourraient aussi être donnés comme un signe de sa dilatation. » Ici il serait encore plus difficile que dans le cas précédent que la main pût sentir le cœur du côté droit de la poitrine, à moins qu'il n'existât dans la plèvre gauche un épanchement ou une tumeur capable de le déjeter de ce côté.

Dans les cas d'hypertrophie, très-souvent la main, placée sur la région précordiale, y sent des pulsations fortes et sensibles. Cependant il n'est pas rare de trouver une lésion de ce genre très-considérable chez des sujets qui, pendant la vie, n'avaient point présenté ce signe. « *Non in omni aneurysmate, præcisè sentiri pulsationem « quantumvis auctores eam tanquam pathognomonicum habeant si- « gnum.* » (*Ruisch.* Anat. chirurg., observ. 38.)

Le diagnostic, et surtout les indications curatives, ne peuvent donc être déterminées par ce mode d'exploration, puisque les résultats qu'on en peut obtenir ne s'observent qu'à une époque déjà trop avancée de la maladie, et qu'ils sont nuls à celle où l'on pourrait avec le plus d'efficacité employer un traitement actif.

Auscultation immédiate. Ce serait elle, sans doute, qui devrait donner les résultats les plus précieux et les plus analogues à ceux de l'auscultation médiate. Cependant il y a loin que l'on puisse faire usage de ce moyen dans le plus grand nombre des cas; et, le plus souvent, on n'en peut rien conclure. Ainsi la présence des mamelles chez les femmes ou chez les jeunes filles, des raisons que chacun peut aisément deviner s'y opposent. Les maladies de la peau, la malpropreté, ou celle des vêtemens, doivent également en restreindre beaucoup l'usage, par le dégoût qui en est inséparable.

Dans ces cas, l'intermède d'un corps mince ne pourrait obvier à ces inconvéniens, parce que les mouvemens de la poitrine en déterminant un frottement dans les parties voisines de l'oreille, y feraient naître un bruissement qui rendrait la sensation tellement confuse, qu'il serait impossible de rien distinguer; et même, en faisant abstraction de ce désavantage, l'oreille, placée immédiatement sur la poitrine, percevrait la contraction simultanée des diverses cavités du cœur, et en même temps le bruit de la respiration, quelquefois assez fort pour que seul il couvre celui des battemens du même organe, en outre, tous ceux qui peuvent être produits par des gaz renfermés dans l'estomac. On peut juger dès-lors de la confusion des sensations, d'autant mieux que même. sans cela, la trop grande intensité dans le bruit et l'impulsion donnés par le cœur dans une surface trop étendue, empêche qu'on en puisse analyser les mouvemens; de même que l'oreille trop rapprochée des instrumens d'un orchestre en saisit bien moins aisément les accords ou les dissonnances qu'à une certaine distance, parce qu'en général nos sensations ont une mesure au-delà de laquelle il devient à peu près impossible d'en apprécier les différences.

J'ai souvent, dans les hôpitaux, essayé ce mode d'exploration, afin d'établir un rapprochement comparatif entre les signes que j'en obtiendrais et ceux que me fournirait l'auscultation médiate.

Chaque fois il m'a été impossible de rien conclure de l'emploi du premier, tant sous le rapport de la simple analyse des battemens du cœur, que sous celui de l'appréciation des lésions qu'il pouvait présenter; tandis qu'à l'aide du second j'obtenais des résultats tout-à-fait contraires.

Après tout ce qui a été dit, on peut conclure que parmi les signes indiqués jusqu'ici par les auteurs, et qu'on peut appeler *généraux*, il n'en est qu'un très-petit nombre qui puisse aider le diagnostic; que le plus souvent ils ne peuvent faire distinguer ni le siége, ni la nature, ni le degré de gravité de la lésion; ou que, si quelques-uns trouvent leur application, ce n'est que dans des cas où ils sont

plutôt propres à inspirer une trompeuse sécurité qu'à éclairer le diagnostic.

Je sais qu'on m'objectera que ce n'est pas d'après leur examen isolé qu'on peut s'assurer de quelle valeur ils peuvent être, et qu'il faut les considérer dans leur ensemble.

Mais d'abord il faudrait supposer que dans toute maladie du cœur ils fussent toujours réunis. Malheureusement la nature se joue de nos descriptions comme de nos systèmes; elle échappe sans cesse aux maux qui veulent l'assujettir aussi capricieuses dans ses phénomènes morbifiques que dans ses aberrations, qu'elle ne nous permet souvent de reconnaître qu'à une époque où déjà nos efforts ne peuvent plus s'y opposer.

Cependant supposons le plus grand nombre de ces signes; je dis que même encore ils pourraient être dus à une cause toute autre qu'une maladie du cœur. Entre plusieurs affections, telles que l'hydrothorax, l'hydropéricarde, l'emphysème des poumons, dont les signes distinctifs, très-tranchés dans les livres, deviennent souvent nuls au lit des malades, je ne choisirai que cette dernière pour preuve.

Dans celle-ci en effet, la respiration est gênée, haute, courte, les inspirations sont plus grandes que les expirations, comme si les malades voulaient suppléer par une plus grande masse d'air au défaut de décomposition de ce fluide dans les poumons. La toux est assez fréquente, avec expectoration d'un peu de mucus bronchique grisâtre et visqueux, ou de crachats muqueux. Il s'y joint souvent des palpitations assez fortes dans les mouvemens un peu considérables; ainsi qu'un étouffement, qui va quelquefois jusqu'à une suffocation imminente. Ces accès, de même que dans les maladies du cœur, reviennent à l'occasion des mêmes causes et à des intervalles qui n'ont rien de périodique.

Le sommeil est également ou agité ou troublé par des réveils en sursaut. Le décubitus ne présente pas moins d'analogie, puisque les malades sont obligés de s'exhausser la tête par un grand nombre

d'oreillers, pour pouvoir goûter quelques momens de calme, ou bien de rester assis et penchés en avant, attitude dans laquelle ils passent souvent une grande partie des jours.

L'infiltration des extrémités inférieures, peu considérable dans le principe, augmente d'une manière insensible, et souvent elle se propage à l'un et même aux deux membres thoraciques.

Mais c'est surtout le *facies général* qui est identique avec celui des maladies du cœur. En effet, le visage est tantôt simplement coloré, tantôt il présente une teinte comme livide; les lèvres, légèrement gonflées, sont bleuâtres; les conjonctives sont comme ternies par l'injection des vaisseaux capillaires veineux; la totalité de la peau offre ordinairement un aspect comme terreux, avec une légère nuance de violet par endroits.

Le pouls est tantôt fréquent et assez régulier, tantôt faible et légèrement intermittent.

Jusqu'ici tous les signes que je viens d'indiquer sont bien ceux des maladies du cœur; voyons si, à l'aide de la percussion, il est possible d'en obtenir de distinctifs. J'observerai d'abord que l'état des parois de la poitrine, *plus arrondies* et *plus saillantes* que dans l'état naturel, indiqué par M. *Corvisart* comme propre aux anévrismes, se retrouve également dans l'emphysème des poumons; qu'ensuite, si l'on vient à pratiquer la percussion, tantôt l'on ne rencontre aucune différence à la région du cœur, tantôt il en existe une légère, due à ce que cette gêne de la respiration détermine à la longue l'hypertrophie ou la dilatation de cet organe. Si l'on ajoute que la main, appliquée sur la région précordiale, y sent souvent des battemens forts, durs et embarrassés, tout concourra à établir une similitude parfaite dans les signes, et à faire prendre pour une maladie du cœur une affection dans laquelle les altérations que peut éprouver cet organe ne sont pas celles qui offrent le plus de danger, et pour laquelle les moyens thérapeutiques à employer ne peuvent plus être les mêmes, puisque dans l'emphysème des poumons tout doit tendre à rendre les sécrétions muqueuses plus liquides;

tandis que dans les lésions du cœur la nature du traitement est indiquée par celle du genre de l'anévrisme.

Il n'existe donc pas de signes réels capables de dénoter les maladies du cœur, surtout dans leur origine; et tous ceux que les pathologistes ont indiqués n'ont guère été constatés qu'à une époque déjà avancée de celles-ci. C'est à la nature insidieuse des premiers symptômes, et à leur analogie avec ceux de plusieurs maladies des poumons, qu'on doit sans doute de n'avoir pu jusqu'ici reconnaître, quand ils sont dus plutôt à l'une qu'à l'autre de ces affections.

Pour arriver à une connaissance exacte du début d'une maladie du cœur, il faudrait pouvoir déterminer d'une manière précise l'état physiologique de cet organe. Malheureusement les fonctions internes ne s'exécutent pas d'une manière précise, rigoureuse et mathémathique; il est de leur essence de comporter des aberrations plus ou moins étendues, comme je l'ai montré, et de se balancer entre des limites qui ne sont pas posées d'une manière inébranlable. Or, le cœur est peut-être un des organes qui se trouve le plus rarement dans l'état le plus favorable au libre et plein exercice de ses fonctions : en sorte que de cette facilité même à se ressentir, dans l'état de santé, d'une foule d'excitations naît l'impossibilité de pouvoir juger d'une manière absolue de son état physiologique.

Cependant on peut avancer avec quelque certitude que le cylindre est encore jusqu'ici le moyen à l'aide duquel on a pu obtenir les résultats les moins équivoques. Ainsi : 1.° chez un homme sain, d'un embonpoint médiocre et dont le cœur est dans les meilleures proportions, les battemens de cet organe ne se font entendre que dans la région précordiale, c'est-à-dire dans l'espace compris entre les cartilages des cinquième et septième côtes sternales, et sous la partie inférieure du sternum. Les mouvemens des cavités gauches se font principalement sentir dans le premier point, et ceux des droites dans le second; de sorte que dans les cas de maladie d'un

seul côté du cœur, l'analyse de ses battemens donne des résultats tout-à-fait différens dans les deux points.

2.° Chez les sujets très-gras, et chez lesquels on ne peut nullement sentir avec la main les battemens du même organe, il est toujours possible de les entendre à l'aide du stéthoscope : seulement alors, l'espace est quelquefois restreint à une surface d'un pouce carré.

3.° Chez les sujets maigres, chez ceux dont la poitrine est étroite, et même chez les enfans, les battemens du cœur ont toujours plus d'étendue : on les entend dans le tiers et même les trois quarts inférieurs du sternum; quelquefois même sous la totalité de cet os, à la partie antérieure, supérieure gauche du thorax, jusqu'à la clavicule, et, dans quelques cas, mais moins sensiblement, sous la clavicule droite.

4.° Quand l'étendue des contractions se borne là, chez les sujets qui réunissent les conditions que nous venons d'indiquer, et que ces battemens sont beaucoup moins sensibles sous les clavicules qu'à la région précordiale, le cœur est dans de bonnes proportions, et par conséquent dans l'état naturel ou physiologique.

Je n'indiquerai point ici les signes que le même mode d'exploration fournit dans la gradation insensible des changemens qui surviennent, lorsque cet organe passe de cet état d'équilibre à l'état pathologique. On peut à cet effet consulter l'ouvrage de *M. Laennec*, dans lequel j'ai puisé ces derniers résultats. Je passerai de suite à l'étude de ceux que fournit le cylindre pour chacune de ces affections en particulier.

Auscultation médiate. Cette espèce d'exploration est sans contredit la seule capable de faire reconnaître les maladies du cœur, et même celles qui peuvent le plus souvent échapper à un observateur attentif. C'est surtout dans les hôpitaux, où le plus ordinairement l'on ne peut obtenir de renseignemens satisfaisans sur l'état antérieur du malade, que l'on est à même de juger de la supériorité de ce moyen, qui seul peut empêcher qu'on ne croie à une hypertrophie ou à une dilatation du cœur, lorsqu'il n'existe réellement que des palpi-

tations nerveuses. Il est vrai qu'on peut méconnaître ces mêmes affections chez des sujets dont la diminution d'étendue de la respiration par suite d'une pneumonie, d'un emphysème du poumon à un haut degré, ou d'une pleurésie chronique, a en quelque sorte forcé le cœur à diminuer son action, quoiqu'à l'ouverture des cadavres on le trouve énormément dilaté ou épaissi. Mais ces cas sont rares, même dans les hôpitaux, à plus forte raison à la ville, où l'on obtient presque toujours sur l'état antérieur du malade plus de détails que souven on n'en demande.

Les *signes* que fournit le cylindre dans l'*hypertrophie du ventricule gauche* sont, une impulsion très-forte entre les cartilages des cinquième et sixième côtes sternales, avec la perception d'un bruit plus sourd que dans l'état naturel. L'intensité du choc communiqué à l'oreille est d'autant plus forte et plus prolongée que l'hypertrophie est plus considérable. La contraction des oreillettes est si brève et si peu sonore, qu'à peine est-elle sensible dans les cas extrêmes. J'ajouterai que les battemens du cœur ne s'entendent guère que dans un espace étroitement circonscrit, et que le plus souvent on les entend à peine sous la clavicule gauche et le haut du sternum. L'impulsion du cœur, comme l'on sait, n'est ordinairement sentie qu'à la région précordiale, ou tout au plus dans la moitié inférieure du sternum, et encore d'une manière peu marquée chez un homme dont le cœur est dans des proportions naturelles : alors on conçoit que, pour peu qu'elle vienne à se manifester à l'épigastre, et avec une intensité plus grande, on devra regarder le cœur comme prédisposé ou déjà atteint d'un commencement d'hypertrophie.

Dans *celle du ventricule droit*, le cœur donne une impulsion plus forte sous la partie inférieure du sternum qu'entre les cartilages des cinquième et septième côtes ; seulement le bruit des contractions du ventricule affecté est moins sourd que dans l'hypertrophie du gauche, parce que toujours il s'y joint en même temps une certaine dilatation.

Les sujets qui ne présentent aucun signe de maladie du cœur, et chez lesquels les battemens de cet organe s'entendent plus facilement sous le sternum qu'entre les cartilages des côtes, peuvent être regardés comme prédisposés d'une manière notable à la dilatation du ventricule droit.

Ici, comme dans le cas précédent, on jugerait du degré de l'hypertrophie par le son plus ou moins étouffé que produirait la contraction du ventricule, et par le bruit des oreillettes devenu plus sourd, ou disparu complètement.

L'*hypertrophie simultanée* des deux ventricules se reconnaîtrait à la réunion des signes de celle de chacun d'eux, et à la prédominance presque constante de ceux qui indiquent l'hypertrophie du ventricule droit; en outre, dans ce cas, on verrait la veine jugulaire externe se gonfler au-dessus du doigt appuyé sur son trajet, et rester très-peu apparente au dessous; ce qui n'a pas lieu dans l'état naturel, où elle se gonfle également au-dessous du point comprimé.

Le bruit entendu à la partie inférieure du sternum appartient, comme je l'ai déjà dit, aux cavités droites; celui des cavités gauches du cœur se fait entendre entre les cartilages des côtes. D'après cela, il est possible de reconnaître, à l'aide du cylindre, la *dilatation du ventricule droit*, au son bruyant et clair de cet organe, exploré sous la partie inférieure du sternum, ou entre les cartilages des cinquième et septième côtes droites, à son analogie avec celui des oreillettes qu'il couvre.

Lorsque le cœur se fait entendre dans une grande étendue, comme dans le côté gauche du thorax, dans le droit, dans la partie postérieure gauche, et bien plus rarement dans le même point du côté opposé, on peut être sûr que la dilatation est portée très-loin, surtout s'il s'y joint un signe *équivoque* assez constant et caractéristique de la dilatation des cavités droites, qui consiste, comme l'a indiqué, le premier, *Lancisi*, dans le gonflement habituel des veines jugulaires externes.

Cependant ce signe manque quelquefois complètement. *Pasta* rapporte l'observation d'un malade chez lequel, pendant plusieurs mois, on put observer la pulsation des veines du cou, qui éprouvait en outre de temps en temps des palpitations, de la difficulté à respirer, des syncopes, dont le pouls était inégal et intermittent, et chez lequel cependant, à l'autopsie, on trouva l'oreillette et le ventricule droit dans l'état naturel, tandis que le gauche était du double plus vaste que le précédent.

Les sujets chez lesquels les battemens de cœur se font entendre dans presque tous les points de la poitrine que je viens d'indiquer, et surtout avec autant ou plus de force sous les clavicules ou sous les aisselles qu'à la région précordiale, doivent être regardés comme ayant, par suite de la dilatation de l'un ou des deux ventricules, le cœur plus volumineux que dans l'état naturel; ce qui n'est pas indifférent pour le traitement de la maladie; car, comme le dit Sénac, (Maladies du cœur, pag. 419) : « Si l'on pouvait s'assurer de la « dilatation du cœur dès le commencement, on pourrait peut-être « empêcher qu'elle ne devînt excessive; du moins préviendrait-on « beaucoup d'accidens. »

Le seul signe certain de la *dilatation du ventricule gauche* est fourni par le stéthoscope. Il consiste dans l'audition d'un son clair et bruyant des contractions du cœur, entendues entre les cinquième et septième côtes sternales.

On peut juger du degré de la dilatation par celui de la clarté du son, et de son étendue. Ainsi, lorsque le bruit résultant de la contraction du ventricule est aussi clair que celui de la contraction des oreillettes, et qu'en même temps l'on entend le cœur dans la partie droite du dos, on peut être sûr que la dilatation est extrême.

La dilatation avec hyperthrophie des ventricules du cœur est, de toutes les affections de cet organe, celle dans laquelle il acquiert le plus grand volume. Aussi, dans ce cas, l'absence du son à la région précordiale est-elle assez constante, et se remarque-t-elle dans une

plus grande étendue. On reconnaît facilement cet état du cœur par le cylindre, à l'impulsion forte, et à la fois au bruit assez marqué que donnent les contractions des ventricules; en outre à la grande étendue dans laquelle les pulsations s'entendent.

Il y a plus, les contractions des ventricules peuvent être aisément senties par la main appliquée sur la région du cœur; mais alors il est absolument impossible de reconnaître le genre de la lésion; on pourrait tout au plus le soupçonner.

L'analyse des battemens du cœur, faite alternativement à droite et à gauche, à l'aide du cylindre, indique au contraire exactement quel est le ventricule affecté, et s'il n'y en a qu'un, ou s'ils le sont l'un et l'autre, comme il arrive le plus souvent.

Le nombre et la situation des points où l'on entendrait ces battemens, l'intensité du choc communiqué à l'oreille, sa perception dans des lieux autres que la région précordiale, ou la moitié inférieure du sternum, tels qu'au-dessous des clavicules, et dans le côté gauche du thorax, feraient, je pense, reconnaître aisément le premier degré du développement de cette affection.

L'analyse comparative des deux côtés du cœur serait encore un bon moyen de s'assurer de la dilatation de l'un des ventricules avec hyperthrophie de l'autre.

La rareté de l'hypertrophie des oreillettes du cœur, jointe à leur dilatation, ne m'ayant pas permis de constater les signes donnés par M. *Laennec*, j'ignore si l'on peut leur accorder un degré de certitude bien grand. Cependant, comme aucun auteur, que je sache, pas même M. *Corvisart*, n'en ont donné de signes distinctifs, ils sont encore les plus satisfaisans. Ils consistent dans un son plus sourd que celui qu'elles font entendre dans l'état naturel. Cependant il paraît que le plus souvent il est impossible de distinguer les signes de la dilatation de l'oreillette gauche d'avec ceux de l'ossification de la valvule mitrale, et ceux de la dilatation de l'oreillette droite d'avec les signes de l'hypertrophie du ventricule du même côté.

Il serait plus facile de reconnaître l'état physiologique des oreillettes, même lorsque l'absence du bruit de leurs contractions, quand on explore la région précordiale, dans beaucoup de cas d'hypertrophie, des ventricules semblerait indiquer qu'elles participent à l'affection de ces derniers; car alors, le cylindre appliqué au haut du sternum, ou au-dessous des clavicules, en ferait distinguer parfaitement les contractions, et avec un bruit souvent très-éclatant.

On peut, à l'aide de l'auscultation médiate, reconnaître un état du cœur qui, quoiqu'il n'ait pas fixé jusqu'ici l'attention des praticiens, n'en est pas moins commun; je veux parler du ramollissement de sa substance musculaire.

Malgré qu'il coïncide presque toujours avec d'autres maladies de cet organe, il est possible de le soupçonner dans les cas suivans:

1.° Quand le cœur donne, sans impulsion notable, un son également médiocre, sourd et obtus dans ses deux contractions.

2.° Quand le bruit produit par les contractions, quoique fort, a quelque chose de sourd, et perd le caractère éclatant qui annonce ordinairement la dilatation, alors le ramollissement est joint à ce dernier état.

3.° Quand le bruit de la contraction des ventricules est tellement obtus, qu'on ne l'entend presque plus; alors il y a coïncidence d'hypertrophie; et même, dans les cas extrêmes de ce genre, le cœur donne une impulsion tout-à-fait sans bruit.

L'ossification des valvules mitrale et sigmoïde, dit M. *Laennec*, ne produit d'irrégularité dans la circulation, et ne peut être soupçonnée par l'exploration du pouls et l'application de la main sur la région du cœur, que lorsqu'elle est portée à un degré tel, qu'elle rétrécit considérablement les orifices du ventricule gauche.

L'ossification de la valvule mitrale ne produit le *frémissement cataire* que quand elle est très-considérable.

Le cylindre peut au contraire, lors même que l'ossification de cette valvule n'existe qu'à un médiocre degré, et que le frémissement n'est

nullement sensible à la main, la faire reconnaître aux signes suivans : Le bruit qui accompagne la contraction de l'oreillette devient beaucoup plus prolongé, plus sourd, et a quelque chose d'âpre et d'étouffé qui rappelle celui d'un coup de lime donné sur du bois; quelquefois ce bruit se rapproche de celui d'un soufflet que l'on presse brusquement.

L'ossification des valvules sigmoïdes aortiques donnerait lieu au même bruit pendant la contraction du ventricule gauche.

On peut, par analogie, supposer qu'on reconnaîtrait également un cas un peu notable d'ossification de la valvule tricuspide et des sigmoïdes pulmonaires, lors même que le bruit de râpe ou de soufflet n'existerait pas, à quelque chose de dur et d'âpre dans la contraction du ventricule ou de l'oreillette droite.

Rien de plus commun que de voir attribuer la mort amenée par une hypertrophie ou une dilatation du cœur, à l'existence d'un *polype* dans le même organe; et cependant ces concrétions polypiformes, lorsqu'elles se rencontrent, n'ont ordinairement occasionné aucun symptôme qui dût faire croire à l'existence d'une affection du cœur, lors même que leur formation, dans le plus grand nombre des cas antécédente à la mort, datait de plusieurs mois. (Auscult med., p. 329 et suivantes.)

M. *Laennec* pense que le cylindre les ferait reconnaître, pour peu qu'elles eussent un certain volume. Les auteurs n'ayant donné jusqu'ici aucun signe qui puisse même les faire soupçonner, voici ceux qu'il croit avoir constamment remarqués.

Les battemens du cœur, qui jusque-là avaient été réguliers, deviennent tout à coup anomaux, et tellement obscurs et confus, qu'on ne peut plus les analyser. Si la chose n'a lieu que d'un seul côté, la présomption se change presque alors en certitude.

Le cylindre ne pourrait déceler l'existence de *végétations* développées sur les diverses valvules qu'autant qu'elles seraient en assez grand nombre pour obstruer d'une manière notable les orifices du cœur,

ou pour gêner beaucoup le jeu des valvules; et alors leurs signes seraient absolument les mêmes que ceux de l'ossification de ces parties ; seulement alors le *frémissement cataire* serait beaucoup moins sensible à la main, et même sous le stéthoscope, en même temps que le bruit des contractions du cœur serait plus analogue à celui d'un soufflet qu'à celui d'une lime.

Malgré l'évidence et la facilité apparente de pouvoir distinguer les deux affections dont il vient d'être question, je crois que le plus souvent elles échapperont à l'attention de l'observateur. La première, à cause de la fréquence de son existence avec d'autres maladies du cœur; la seconde, à cause de la difficulté de saisir les nuances qui séparent ses signes de ceux de l'ossification des valvules, surtout si l'on n'est appelé que lorsque déjà les excroissances existent depuis quelque temps.

Dans le *rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche*, le cylindre fait entendre un bruit analogue à celui d'une râpe, et isochrone aux battemens du pouls, qui est ordinairement faible et nullement en harmonie avec la force des contractions du cœur. En outre, il existe une gêne bien sensible dans la respiration; probablement parce que le sang, refluant dans les veines pulmonaires, engoue les poumons.

Dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, on obtient les mêmes signes par l'application du stéthoscope. La respiration est également gênée et pénible, mais, de plus, le sang refluant dans la veine cave ascendante, le visage, et surtout les lèvres, prennent une teinte bleuâtre.

L'inflammation des valvules du cœur peut survenir indépendamment de toute autre affection du même organe ; cependant le plus souvent il s'y joint, soit la dilatation, soit l'hypertrophie; ce n'est que depuis que l'on se sert du cylindre qu'on a reconnu qu'elle pouvait se manifester par des symptômes ou signes capables de la faire reconnaître.

Comme aucun auteur n'a décrit ce genre de lésion, et que M. *Récamier* est le premier qui l'ait observé, et qui se soit attaché à en noter les phénomènes, j'indiquerai les principaux faits qu'il a bien voulu me communiquer.

Les malades qui jusqu'alors n'avaient pas présenté le moindre symptôme qui pût faire croire à l'existence d'une lésion du cœur, sont pris tout à coup d'une dyspnée plus ou moins grande; quelquefois le visage, et surtout les lèvres, revêtent une légère teinte violacée; les battemens du pouls deviennent subitement irréguliers, tantôt précipités pendant un moment, tantôt calmes ou plus appréciables pendant quelques secondes; puis ils reprennent leur premier type anomal. Cependant leur force ne correspond jamais à celle des contractions du cœur, la poitrine percutée dans ses divers points, résonne bien : si l'on vient à explorer l'organe de la circulation au moyen du stéthoscope, on trouve d'abord une différence marquée dans les phénomènes, suivant qu'on examine les cavités droites ou gauches.

Quand ce sont les valvules sigmoïdes pulmonaires qui sont enflammées, le cœur communique à l'instrument appliqué au-devant du sternum une impulsion plus ou moins forte, ses mouvemens sont désordonnés, tantôt ayant lieu avec une vitesse qui étonne, et que la main appuyée sur l'artère radiale retrouve également dans celle-ci, tantôt se faisant avec une lenteur qui permet de compter de trois à cinq pulsations avant qu'ils reprennent leur premier type. On observe aussi, à des intervalles dont la durée varie, une sorte d'*arrêt* ou d'*hésitation* du cœur au milieu de contractions fréquentes et irrégulières. En un mot, l'anomalie, dans le rhythme des battemens de cet organe, paraît portée à son comble. Du moins c'est ce que j'ai pu observer chez une malade que voit actuellement M. *Récamier*, et chez laquelle il a reconnu la lésion dont il est question. Encore, lorsque je la vis pour la première fois, les phénomènes morbifiques avaient-ils bien diminué par l'effet de trois saignées abondantes et de plusieurs applications de sangsues à l'épi-

gastre. Cette femme n'avait jamais éprouvé, avant l'invasion presque subite de ces symptômes, la moindre altération du côté du cœur. Je remarquai en outre, chez cette dernière, que le pouls du côté gauche différait de celui du droit par une faiblesse plus grande dans tous les phénomènes que j'y ai indiqués. Je ne retrouvai pas non plus un symptôme qui avait disparu à la suite des émissions sanguines, et qui a constamment lieu dans le début de la maladie, surtout lorsque l'inflammation attaque les valvules sigmoïdes aortiques.

Il consiste dans un bruissement particulier qui se rapproche de celui que l'on a comparé au coup de lime ou de râpe, mais qui en diffère cependant par un timbre plus aigu et une durée plus courte. C'est une espèce de sifflement qui est isochrone aux battemens du pouls, et qu'on ne pourrait par conséquent attribuer à aucun autre bruit de la respiration.

M. *Récamier* a cru remarquer qu'alors, plus que dans le cas précédent, le pouls était beaucoup moins en harmonie avec la force d'impulsion du cœur, et que souvent il était d'une faiblesse extrême, tandis que ce dernier organe, tumultueux et désordonné dans ses mouvemens, offrait une impulsion et un son notables.

Quand ces deux inflammations existent en même temps, il se joint quelquefois aux phénomènes indiqués beaucoup d'irrégularité dans le rhythme des battemens du cœur.

On peut, d'après ce qui vient d'être dit, présumer que, s'il y avait en même temps quelque complication d'une maladie, soit des poumons, soit du cœur, autre que l'inflammation de ses valvules, le diagnostic deviendrait d'une difficulté extrême.

Au reste, ces signes, quoique ayant été assez constamment observés, demandent à être vérifiés de nouveau.

L'auscultation médiate ferait connaître d'une manière sûre un *déplacement* du cœur. Or, l'on sait que, dans certains cas, cet organe peut être poussé en bas par une tumeur développée dans le médias-

tin supérieur, par un anévrisme volumineux de la crosse de l'aorte, ou enfin, sans aucune cause visible; qu'il peut également être rejeté à droite par un épanchement solide, liquide, ou aériforme, dans la plèvre gauche, ou bien par le développement de tumeurs volumineuses dans le poumon du même côté, et enfin par l'emphysème de ce dernier. Alors, la seule application de la main ne donne pas toujours la certitude de cette transposition, ou, tout au plus, peut-elle la faire soupçonner; encore resterait il à déterminer si les battemens sentis, seulement à droite, ne sont pas dus à une cause autre que la projection du cœur du même côté.

Je peux affirmer que dans plusieurs cas analogues que j'ai été à même d'observer, et qui étaient dus à des épanchemens pleurétiques considérables, j'ai toujours reconnu, non-seulement le déplacement du cœur, mais encore l'absence ou la coexistence d'une lésion du même organe; ce que j'ai constamment eu soin de vérifier par l'autopsie.

Cette facilité d'explorer ainsi le cœur ferait encore apprécier bien plus aisément un renversement de position des viscères, par suite duquel le cœur se trouverait placé à droite.

La *péricardite* est peut-être la maladie sur le diagnostic de laquelle on ait le moins de données. A en croire les divers nosographes, ses symptômes seraient assez constans, et cependant rien n'est plus commun que de rencontrer cette affection, ou du moins ses traces, dans les cadavres de sujets chez lesquels, pendant la vie, rien n'a pu en faire soupçonner l'existence; ou d'observer chez un homme tous les signes généraux de cette affection, et de ne trouver à l'autopsie aucune trace de cette maladie.

Quand on voit qu'en dépit des descriptions de symptômes et de signes regardés comme constans cette maladie se développe, s'accroît, se dissipe, ou finit par enrayer complètement les divers rouages de l'organisme, le plus souvent, sans avoir été même soupçonnée, on ne peut s'empêcher de convenir qu'il ne nous ait pas été donné jusqu'ici de pouvoir en établir le diagnostic.

L'auscultation médiate elle-même, malgré les avantages incontestables dont elle a été pour les autres maladies du cœur, n'a pas fourni de signes, beaucoup plus sûrs. Cependant voici les résultats qu'a obtenus M. *Laennec*, et qu'il croit pouvoir regarder comme à peu près constans, toutefois lorsque la péricardite n'est pas latente.

Les contractions des ventricules du cœur donnent une impulsion forte, et quelquefois un bruit plus marqué que dans l'état naturel. Il survient, à des intervalles plus ou moins longs, des pulsations plus faibles et plus courtes, qui correspondent à des intermittences du pouls, dont la petitesse contraste extraordinairement avec la force des battemens du cœur; quelquefois même il peut à peine être senti.

La probabilité de la certitude de ces signes devient bien plus grande, s'il surviennent tout à coup chez un homme qui n'avait jamais éprouvé le moindre symptôme de maladie du cœur; surtout s'il s'y joint une dyspnée plus ou moins grande, des angoisses, de l'anxiété, des syncopes au moindre pas, ou à un mouvement un peu brusque; et, dans quelques cas, assez rares il est vrai, un sentiment de chaleur, de douleur ou de poids à la région du cœur, et un son mat dans le même point.

Cependant M. *Laennec* a vu tant de fois la péricardite exister sans ces signes, et réciproquement ceux-ci se présenter dans leur ensemble, sans qu'il y eût de péricardite, qu'il n'ose encore leur accorder qu'un faible degré de certitude. Espérons que des recherches ultérieures, et un exercice plus suivi par le même mode d'exploration, conduiront un jour à des résultats qu'une découverte aussi récente n'a pu donner le temps d'acquérir.

L'*hydropéricarde essentielle* est une affection extrêmement rare. Je ne me rappelle pas en avoir vu un seul cas; ou du moins, ceux qu'on aurait pu prendre pour tels n'étaient, à bien dire, que des épanchemens peu considérables, dus la plupart à une péricardite latente. J'ignore quels signes pourrait fournir l'application du cylindre

sur la région du cœur ; seulement, il me semble qu'on ne percevait plus alors ses battemens, ou du moins, que bien faiblement et profondément.

En attendant que des observations éclairent ou vérifient cette assertion, on est réduit à s'en tenir aux signes donnés par les auteurs, malgré qu'on puisse les rencontrer réunis en plus ou moins grand nombre, avec ou sans hydropéricarde.

Ce que M. *Laënnec* a dit de l'incertitude des signes des anévrismes de l'aorte, et par conséquent de l'impossibilité de les reconnaître dans le plus grand nombre des cas, à moins qu'ils ne se prononcent à l'extérieur, me dispense d'entrer dans aucun détail ultérieur.

Si l'exploration par le stéthoscope ne donne pas toujours la conviction de l'existence d'un anévrisme de l'artère aorte, au moins, dans un assez grand nombre de cas, suffit-elle pour donner une forte présomption.

On peut reconnaître avec la plus grande facilité, à l'aide de ce moyen, un anévrisme de l'aorte ventrale, à des battemens énormes et *simples*, lors même que la tumeur se trouve à la hauteur du tronc de l'artère cœliaque, ou qu'elle la dépasse supérieurement.

Ces battemens font en quelque sorte mal à l'oreille, et la main ne peut donner une idée de leur intensité, lors même quelle les sent très-distinctement. Leur son est clair et sonore comme celui des oreillettes, mais beaucoup plus fort. La contraction de ces dernières n'est plus entendue.

Les anévrismes de l'aorte pectorale descendante, et surtout ceux qui usent la colonne vertébrale, n'offriraient pas plus d'obscurité que les précédens; car, en appliquant le cylindre dans les points du dos correspondans aux vertèbres corrodées et aux têtes des côtes voisines, on y sentirait indubitablement des battemens simples très-forts, qu'on ne pourrait confondre avec ceux du cœur, puisque ce dernier s'entend très-rarement dans le dos.

Quant aux anévrismes de l'aorte ascendante et à ceux de sa crosse, leurs signes sont bien plus difficiles à apprécier à l'aide du cylindre

En effet, pour peu que les cavités du cœur soient amples, ses contractions s'entendent dans toute la longueur du sternum, et immédiatement au-dessous des clavicules; alors les battemens de la tumeur anévrismale, isochrones à ceux des ventricules, ne pourront en être distingués, et la contraction que l'on entendra à travers la tumeur fera croire que ce ne sont que les battemens du cœur, et qu'il n'existe point d'anévrisme; mais, même dans ce cas, il resterait encore un signe qui seul suffirait pour donner la presque certitude de l'existence de la maladie. Si l'on sent sous le sternum, ou au-dessous de la clavicule droite, une impulsion isochrone au pouls, et notablement plus forte que celle des ventricules du cœur, exploré dans les régions précordiales droite et gauche, on acquiert une forte présomption de la dilatation de l'aorte ascendante ou de sa crosse, d'autant qu'il est extrêmement rare, même dans l'hypertrophie la plus complète, que l'impulsion du cœur se fasse sentir au-delà de la région qui lui correspond. Si ce phénomène, examiné à plusieurs reprises, est trouvé le même, le diagnostic peut être considéré comme certain.

En résumant ce qui vient d'être dit, on peut regarder comme constans les résultats suivans :

1.° Les battemens de la tumeur anévrismale aortique, parfaitement isochrones au pouls, donnent une impulsion et un bruit beaucoup plus forts que la contraction des ventricules du cœur.

2.° On n'entend nullement celle des oreillettes.

3.° Ces battemens sont simples, tandis que ceux du cœur sont doubles, à raison des contractions alternatives des ventricules et des oreillettes.

Il y a donc beaucoup plus de probabilités de pouvoir reconnaître par l'auscultation médiate la maladie, même avant qu'elle ait produit aucun symptôme local ou général grave, qu'avant qu'on se servît de ce mode d'exploration. D'après cela, on peut donc conclure en faveur de la supériorité des signes qu'il fournit sur celle de ceux qu'ont jusqu'ici donnés les auteurs.

Un dernier avantage attaché à l'application du cylindre, est la pos-

sibilité de pouvoir éviter de prendre pour réel un anévrisme simulé de l'aorte abdominale; erreur dans laquelle il n'est pas rare que l'on tombe, comme j'ai eu occasion de m'en convaincre plusieurs fois pendant que je suivais la clinique de l'hôpital Necker. (M. *Laennec*, Auscult. méd. signes des anévrismes de l'aorte.)

D'après les divers rapprochemens établis dans cette courte dissertation entre les signes des maladies du cœur tirés du pouls, de la percussion, de l'état des fonctions, et ceux obtenus par l'auscultation médiate, je crois pouvoir conclure en faveur de la certitude des seconds, et avoir prouvé l'insuffisance des premiers dans le plus grand nombre des cas.

Au surplus, voici comment s'exprime M. *Corvisart* lui-même. « Dans le premier degré des anévrismes du cœur en général, il est « le plus souvent extrêmement difficile de reconnaître et de bien dis- « tinguer les signes de cette affection. Le praticien exercé voit bien « qu'il y a prédisposition à la maladie; il en craint, il en soupçonne « le développement, sans pouvoir distinguer ce qui est d'avec ce qui « peut être. » (Page 129.)

Lorque l'on voit un praticien doué d'une expérience et d'un tact médical aussi grands convenir de l'impossibilité de pouvoir reconnaître le plus souvent, par les seuls signes généraux, une affection du cœur à son premier période, on ne pourra nier, je pense, la supériorité de ceux que fournit l'auscultation médiate.

Il y a plus, c'est que ces signes, qui donnent la facilité de pouvoir s'assurer de la plus légère hypertrophie ou dilatation du cœur, pourraient même déceler la simple prédisposition à ces affections. En effet, l'on sait qu'il est peu d'hommes dont le cœur soit parfaitement proportionné, soit dans ses diverses parties, soit par rapport au volume et à la force des autres organes. Cependant, chez un sujet fort et robuste, d'une bonne constitution et dans la force de l'âge, cet organe peut avoir des proportions capables de constituer par elles seules une hypertrophie ou une dilatation assez marquées, quoiqu'il ne se manifeste aucun accident propre à constituer une

maladie du cœur, et cela parce que la résistance des autres organes maintient l'équilibre. Mais que, par l'effet d'une cause quelconque, il survienne un amaigrissement marqué ou une grande diminution des forces, il s'établira une disproportion entre lui et les autres organes, quoique son état primitif n'ait pas changé, et les symptômes généraux des maladies du cœur se manifesteront.

Cette facilité de pouvoir s'assurer de l'existence d'un cœur volumineux chez un sujet qui n'en éprouve actuellement aucune incommodité, devient très-précieuse; car on peut en quelque sorte prévenir le développement de la maladie à l'aide de moyens propres à diminuer l'énergie et la nutrition trop actives de l'organe, et l'on a alors bien plus de chances de succès, que si déjà l'on avait à arrêter la marche ou même à calmer les symptômes d'une semblable maladie déclarée.

Enfin le cylindre ferait reconnaître d'une manière sûre une maladie des poumons qui viendrait compliquer ou masquer une lésion du cœur.

Quant aux conséquences pratiques qui découlent naturellement de tout ce qui a été dit, je crois qu'il est inutile de les énumérer, et que chacun, après avoir pesé les inconvéniens et les avantages du mode d'exploration dont il a été question, pourra les tirer de soi-même.

APHORISMES DE BAGLIVI.

I.

Necessitas medicinam invenit, experientia perfecit.

II.

Qui anevrysmate interno laborant, vel ex sputo sanguineo, vel derepentè moriuntur. Caveant hi omnes à nimio motu venereo, irâ, liquoribus spirituosis, et quidquid sanguinis motum adauget ac perturbat; utantur dietâ lacteâ, cibis aliquantùm viscidis, et motu moderato.

III.

Palpitatio cordis ab impedimento aliquo circa cor ferè semper provenit.

IV.

Quot sævi dolores, quot obitus repentini proveniunt ab occultis aneurysmatibus !

V.

Prima basis curandorum morborum, est recta eorumdem cognitio, atque debitum unius ab alio discrimen; latent enim velut in altâ nocte prima morborum stamina, nec arte magistrâ in curationem eorumdem perveniemus, nisi facem præferat solida diagnosis.

VI.

Quamobrem medendi methodus nihil aliud reverà esse mihi videtur quàm indicium practicum, adæquatum, et sagax.

VII.

Multi cæteroquin sagaces et docti viri opinionibus quibusdam mancipantur, quarum falsitatem rudissimus quisque abunde cognoscit; at illi ob innatam quamdam animi inclinationem quâ in illas feruntur, non solùm certas existimant, sed ne per evidentissimas rationes ab iisdem removeri patiuntur.